

診療情報提供書(かかりつけ医→専門病院 紹介用)

平成 年 月 日

紹介先認知症専門医療機関

- 大阪医科大学附属病院
 (神経内科 精神神経科物忘れ外来)
 高槻病院 (初期もの忘れ外来 神経科)
 新阿武山病院 **大阪府** 認知症疾患医療センター
 光愛病院
 オレンジホスピタル
 _____ 病院 _____ 科

_____ 先生御侍史

紹介元医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師
印

患者	氏名		男・女	要介護認定	不明・無・有 要支援 要介護 []
	住所			電話番号	
	生年月日	明・大・昭	年	月	日 生 (歳)
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (名前 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____)				
病名					
紹介目的	<input type="checkbox"/> 認知症の鑑別診断 <input type="checkbox"/> 現在の認知機能の評価 <input type="checkbox"/> 周辺症状に対する治療 <input type="checkbox"/> 現在の認知症治療や介護についての相談 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
既往歴及び家族歴					
症状や最近の治療経過 (いつ頃から、どのようなことがあったか簡単に記載ください)	<input type="checkbox"/> 添付文書参照				
本人が困っている事					
家族が困っている事					
認められる周辺症状 (チェックをいれてください)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚・幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮・易怒性 <input type="checkbox"/> 脱抑制 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				
処方内容			備考		
<input type="checkbox"/> 処方箋コピー添付 <input type="checkbox"/> お薬手帳持参					

※最新の血液検査データと実施された脳機能検査や心電図等の諸検査データがあれば添付してください。

※処方内容についてはコピー添付、もしくは同封でもかまいません。

※介護保険の主治医意見書を既に記載されておられる場合、病歴参照のためコピーして同封して下さってもかまいません。(同封の場合は(主治医控)の用紙をコピーして同封してください。)